justNews
a partilhar informação desde 1981

2019-04-15 01:37:14

http://justnews.pt/noticias/cardiologia-de-santa-marta-projeto-integrado-da-alta-hospitalar-com-expectativas-superadas

Alta hospitalar: projeto da Cardiologia de Santa Marta com «expectativas superadas»

Cerca de 11,4% das altas hospitalares resultaram em reinternamentos menos de 30 dias após as mesmas, de acordo com dados de 2006 do Ministério da Saúde. A maioria corresponde a pessoas com mais de 65 anos, que é o que se passa no Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Marta (CHULC), em que a idade média anda pelos 66 anos.

De facto, as estatísticas dizem que 57% dos doentes internados têm mais de 65 anos e que necessitam de uma abordagem integral e contínua, que integre os diferentes níveis do sistema de saúde e do setor social.

Reunião da equipa de gestão do PIAH

Planeamento Integrado de Alta Hospitalar

Tendo em conta que o envelhecimento demográfico, a cronicidade da doença e a fragmentação dos cuidados de saúde constituem desafios prementes, aquele Serviço de Cardiologia desenvolveu o PIAH (Planeamento Integrado de Alta Hospitalar), que colocou em prática em dezembro de 2016.

Trata-se de um instrumento que permite e garante que a alta se efetua de forma estruturada e normalizada, assegurando a continuidade dos cuidados com qualidade, desde o momento da admissão até à alta hospitalar e, ainda, na transferência para os CSP e a comunidade.

“Este projeto surgiu como resposta à necessidade de articulação entre a estadia hospitalar e os cuidados de saúde primários, no sentido de garantir que não se criem situações de descontinuidade ou de falta de correlação entre estas duas componentes vitais”, afirma Rui Cruz Ferreira, diretor do Serviço de Cardiologia.

O próprio doente, considerado parte integrante na elaboração do seu plano integrado de alta, é devidamente informado sobre os objetivos do projeto, sendo-lhe solicitado o consentimento informado.

“Fazemos uma antecipação da preparação da alta e comunicamo-la ao centro de saúde do utente, que faz um follow up 48 horas após a mesma ocorrer”, informa Cristina Soares, enfermeira, acrescentando:

“Ao ser contactado, o doente fica agradado por o seu médico de família ter sido informado que esteve internado.” Entretanto, se for necessário, é agendada uma consulta com o médico ou o enfermeiro de família do doente. Um mês depois, o follow up é feito pela equipa hospitalar.

Para que tudo funcione bem, foram criados canais de comunicação privilegiados e particularizados entre os profissionais do hospital e das unidades de saúde do ACES Lisboa Central.

Abordagem biopsicossocial

"É importante que se faça uma avaliação não apenas das necessidades clínicas, mas também das sociais. Se, ao voltar para casa, o doente não tiver possibilidade de cumprir a terapêutica prescrita, por lhe faltar a capacidade de autogestão ou até de adquirir a medicação, todo o tratamento clínico falha", afirma Maria Inês Espírito Santo.

Em declarações à Just News, esta assistente social esclarece que, sempre que uma situação é sinalizada, por risco social ou clínico, é feita uma visita domiciliária por parte da equipa dos CSP. São então reavaliadas as necessidades, promovida a educação para a saúde e aferida a adequação das respostas sociais por si acionadas.

Para além da equipa de gestão do PIAH, constituída por um assistente social, dois médicos e cinco enfermeiros, todos os elementos do Serviço de Cardiologia estão envolvidos no projeto, bem como, de uma forma geral, os profissionais que integram as 17 unidades de saúde do ACES Lisboa Central.

Elementos da equipa: Vítor Ferreira, Maria Inês Espírito Santo, Cristina Soares, Fátima Farias, Vera Almeida e Rui

Cruz Ferreira

“Na estrutura hospitalar existe uma interligação de médicos, enfermeiros e assistente social que visa esta multidisciplinaridade do problema. Ou seja, se o médico de família ou outro elemento do ACES sentir necessidade de contacto por uma descompensação ou, por exemplo, para discutir uma alteração de medicação específica, vai ter uma resposta imediata, seja ela médica, de enfermagem ou social”, garante o enfermeiro Vítor Ferreira.

Vera Almeida, diretora executiva do ACES Lisboa Central, conta que o desafio para iniciar este projeto partiu do Serviço de Cardiologia do CHULC e não tem dúvidas em considerá-lo “muito positivo”. Afirma mesmo ser “completamente a favor da integração de cuidados e de programas deste género”.

“O doente sente-se acompanhado, vê que o seu problema está a ser devidamente encaminhado entre os diferentes profissionais do SNS e essa é a grande mais-valia do projeto. Claro que esta articulação e satisfação do doente se reflete nos resultados que já foram alcançados”, conclui.

Resultados positivos

Relativamente aos resultados obtidos no primeiro ano do projeto, Rui Cruz Ferreira afirma que as "expectativas foram superadas" e que foi possível encontrar uma “diferença significativa” entre os doentes incluídos no PIAH e o denominado “grupo de controlo”.

Estes ganhos traduziram-se numa redução da mortalidade por todas as causas (5,9% versus 13,8%) e da mortalidade cardiovascular (5,2% versus 13%), aos 30 dias, no grupo PIAH.

De um total de 178 indivíduos que integraram o projeto no primeiro ano (2017), participaram no estudo 135 indivíduos do grupo PIAH – idade média: 79,7 – e 138 do grupo de controlo – idade média: 79,5.

Fátima Farias, enfermeira-chefe, refere que um dos próximos passos é alargar o projeto à generalidade dos doentes: “Vai ser um trabalho moroso. Temos de falar com inúmeros centros de saúde. Porém, o objetivo é que todos os doentes estejam em pé de igualdade.”

Rui Cruz Ferreira não deixa de sublinhar: “Lutamos com problemas de expressão geográfica, pois, recebemos doentes de praticamente todo o país.”

Objetivos do projeto:
- Reduzir os dias de protelamento da alta;
- Reduzir os reinternamentos a 30 dias;
- Reduzir os eventos aos 30 dias;
- Reduzir as idas à Urgência;
- Avaliar o grau de autonomia do doente, desde a admissão à alta hospitalar;
- A valiar o risco social, a funcionalidade familiar e a perceção do suporte social;
- Monitorizar os sinais de alerta nas primeiras 48-72 horas após a alta e na consulta de enfermagem de seguimento telefónico 30 dias depois;
- Assegurar uma avaliação multidisciplinar na identificação das necessidades biopsicossociais;
- Avaliar o grau de satisfação dos doentes e famílias;
- Avaliar a eficácia e a qualidade do plano de alta (questionário PREPA RED).

HOSPITAL Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

A reportagem pode ser lida no jornal Hospital Público de março/abril 2019.

Distribuído em todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde, e dirigido a estes profissionais, o jornal Hospital Público promove uma partilha transversal de boas práticas entre pares.